



Strål
säkerhets
myndigheten

Swedish Radiation Safety Authority

Rapport

Granskning av berättigandeprocessen inom barn- och ung- domstandvården

2022:12

Författare: Anna Rundqvist,
Strålsäkerhetsmyndigheten, Katrineholm

Rapportnummer: 2022:12

ISSN: 2000-0456

Tillgänglig på www.ssm.se

Sammanfattning

Bakgrund

SSM har valt att fokusera tillsynen av patientstrålskydd inom odontologisk röntgendiagnostik på överutnyttjande av röntgen och särskilt fokus ska läggas på barn och unga vuxna. Att säkerställa att de radiologiska undersökningar som utförs är berättigade är en av de grundläggande principerna gällande strålskydd inom röntgendiagnostik. Det är ett välkänt faktum att den viktigaste faktorn för att minska stråldoserna från röntgenundersökningar är att undvika oberättigade undersökningar. Flera studier har visat att andelen röntgenundersökningar inom tandvården är förhållandevis hög. SSM har genomfört en granskning av berättigandeprocessen för röntgenundersökningar inom barn- och ungdomstandvården. Granskningen har genomförts genom att ett frågeformulär, framtaget av SSM, för egenvärdering av berättigandeprocessen har skickats till de utvalda tillståndshavarna. Verksamheternas svar samt granskning av inskickad dokumentation har därefter sammanställts och analyserats av SSM, som nu redovisas i denna rapport.

Syfte

Syftet med granskningen har varit att säkerställa att verksamhetsutövarna bedriver en strålsäker verksamhet samt att bidra till att strålsäkerhetsarbetet utvecklas. Målet med granskningen har varit att öka medvetenheten och vara pådrivande gällande berättigande frågor inom den odontologiska radiologin samt att erhålla en samlad och välgrundad bild av hur olika delar inom berättigandeprocessen säkerställs och genomförs.

Resultat

Områden som granskades var "Styrande dokument för berättigandebedömning", "Fördelning av ansvar och befogenheter vid bedömning av berättigande" och "Intern revision".

Inom området intern revision bedömer SSM att tre verksamheter inte uppfyller kraven då de själva har uppgett att det inte utförs internrevision av röntgenverksamheten eller att berättigandebedömningen inte omfattas av internrevisionen. För övriga verksamheter har underlaget i enkätsvaren varit alltför bristfälligt för att göra en bedömning utefter ställda krav. Det är i vissa fall oklart om uppgiftslämnarna har förstått vad intern revision innebär och om de därmed förstått innebörden av föreskriftskravet.

Granskningen visar att regelefterlevnaden är acceptabel inom övriga granskade områden. Inom samtliga granskade områdena finns det dock verksamheter som inte uppfyller samtliga krav och verksamheter som har förbättringsområden.

SSM har även identifierat några goda exempel där det i styrande dokument finns beskrivet att berättigandet inför röntgenundersökning ska noteras i patientens journal samt att journaler och röntgen ska inhämtas från tidigare vårdgivare när det är möjligt.

Verksamheterna har i en fritextfråga fått svara på vad de anser är den viktigaste framgångsfaktorn för en fungerande process för berättigandebedömning. De svar som verksamhetsutövarna har angett kan sorteras in under rubrikerna: "Ledningssystem", "Dialog", "Utbildning/kompetens", "Kvalitetssäkring" och "Engagerad radiologisk ledningsfunktion".

Slutsatser

Slutsatser som dras i denna granskning är att det finns förbättringspotential i att förtydliga berättigandeprocessen så att den omfattar samtliga modaliteter, moment och ansvarsroller inom både allmäntandvården och specialisttandvården. Det finns även förbättringspotential i att säkerställa att berättigandeprocessen är förmedlad och implementerad ut i den kliniska verksamheten, inte bara att den är presenterad.

Projektinformation

Kontaktperson SSM: Anna Rundqvist

Referens: SSM2021-5826



Strål
säkerhets
myndigheten

Swedish Radiation Safety Authority

Författare: Anna Rundqvist
Strålsäkerhetsmyndigheten, Katrineholm

2022:12

Granskning av berättigandeprocessen inom barn- och ungdomsvården

Datum: September 2022

Report number: 2022:12

ISSN: 2000-0456

Tillgänglig på www.stralsakerhetsmyndigheten.se

Innehåll

1. Bakgrund	1
1.1. Berättigande – En grundläggande strålskyddsprincip	2
1.2. Berättigandeprocessen.....	3
1.3. Ansvar för berättigande	3
2. Syfte och mål	4
3. Genomförande	4
3.1. Samlad bedömning av kravuppfyllelse.....	4
4. Aktuell kravbild	5
5. Sammanställning och analys av egenutvärdering	5
5.1. Styrande dokument för berättigandebedömning.....	5
5.2. Fördelning av ansvar och befogenheter vid bedömning av berättigande....	12
5.3. Intern revision	16
6. Viktiga framgångsfaktorer för berättigandebedömning	17
7. Samlad bedömning	19
8. Diskussion	20
9. Referenser	21
Bilaga 1. Deltagande verksamheter	22

1. Bakgrund

Av SSM:s tillsynsprogram för hälso- och sjukvård [1] framgår att fokus i tillsynen av patientstrålskydd inom odontologisk röntgendiagnostik ska vara på överutnyttjande av röntgen och särskilt fokus ska läggas på barn och unga vuxna. Av tillsynsprogrammet framgår vidare att viss tillsyn med fördel kan göras genom att begära in dokumentation exempelvis i form av enkäter och egenvärderingar.

Det som skiljer användning av strålning inom tandvården från övrig hälso- och sjukvård är att både legitimerade tandläkare och tandhygienister har behov av den diagnostik som en röntgenbild kan ge. Dessa båda yrkesgrupper gör berättigandebedömning utefter sina egna kliniska bedömningar och är så kallat självremitterande [2]. Det skiljer sig även i att tandvården kallar patienter med regelbundenhet oavsett om de har sjukdom eller är friska. Dessutom är röntgen idag det bäst validerade verktyget för diagnostik av tidiga stadier av karies och tandlossning, i ett stadium av sjukdomen där patienterna själva inte känner några symptom. Detta leder till att berättigandebedömningen av varje enskild röntgenundersökning ställer krav på grundlig bedömning av sjukdomsrisk baserad på klinisk undersökning, historik, anamnesticke uppgifter och sociala faktorer [2]. Det är viktigt, då röntgen inom tandvården utförs oftare på yngre, som i allmänhet har högre risk för strålningsinducerad cancer än vuxna, att ta extra hänsyn gällande berättigandebedömning inför röntgenbildtagning [2].

I enlighet med tillsynsprogrammet [1] uppmanade SSM därför samtliga folktandvårdsorganisationer och några större privata verksamheter inom odontologisk röntgenverksamhet att genomföra en egenvärdering av sin berättigandeprocess avseende röntgendiagnostik. Se bilaga 1 för en komplett lista över deltagande organisationer.

1.1. Berättigande – En grundläggande strålskyddsprincip

Av 3 kap. 1 § strålskyddslagen (2018:396) framgår att det är förbjudet att bedriva en verksamhet med joniserande strålning som inte är berättigad.

Berättigandebedömning vid medicinsk exponering sker på följande tre nivåer [3]:

1. på den första nivån bedöms om det är berättigat att använda strålning i vården,
2. på nivå två bedöms om en specifik undersöknings- eller behandlingsmetod är berättigad för en viss frågeställning,
3. på nivå tre bedöms om exponeringen är berättigad utifrån patientens individuella förutsättningar.

Av 3 kap. 2 § strålskyddslagen framgår att den som bedriver en verksamhet där det används en metod för medicinsk exponering med joniserande strålning ska se till att metoden är berättigad (nivå 2) och att det i varje enskilt fall innan en person exponeras för strålning säkerställs att exponeringen är berättigad (nivå 3).

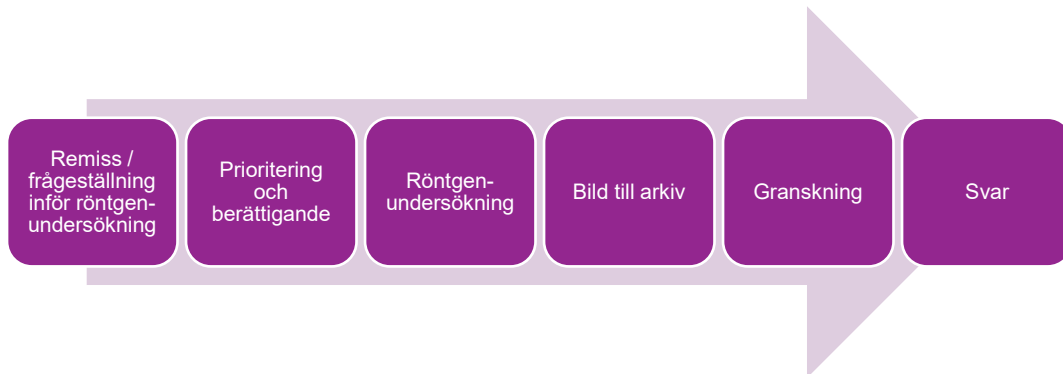
Med berättigande för medicinska exponeringar avses en bedömning av om en exponering:

1. ger en nytta för patienten som, med hänsyn tagen till den diagnostiska informationen eller det terapeutiska resultatet, är större än den skada som exponeringen beräknas förorsaka med hänsyn tagen till effektiviteten, fördelarna och riskerna med befintliga alternativa metoder som innebär lägre stråldos eller inte alls utnyttjar joniserande strålning,
2. ger en tillräcklig sammantagen nytta, med beaktande av de direkta fördelarna för patienten hälsa, och de eventuella för- eller nackdelar som exponeringen kan medföra för hjälpande och stödande personer som medvetet exponeras.

Att säkerställa att de radiologiska undersökningar som utförs är berättigade är en av de grundläggande principerna gällande strålskydd inom röntgendiagnostik. Det är ett välkänt faktum att den viktigaste faktorn för att minska stråldoserna från röntgenundersökningar är att undvika oberättigade undersökningar. Flera studier har visat att andelen röntgenundersökningar inom tandvården är förhållandevis hög [2] [4]. En finsk studie visar att det i Sverige görs signifikant fler bitewing-undersökningar på barn än i Finland, trots att ingen signifikant skillnad finns mellan patienterna i de båda ländernas riskprofil [5]. Att en undersökning inte är berättigad kan innebära att undersökningen inte medför någon nytta för patienten, varken i den fortsatta utredningen av patientens sjukdomstillstånd eller för behandlingen av patienten. Sådana undersökningar ska överhuvudtaget inte genomföras. Oberättigade undersökningar kan också vara undersökningar som är kliniskt motiverade men där den valda modaliteten eller metoden inte är det mest lämpliga valet för att besvara den aktuella frågeställningen. Ur strålskyddssynpunkt är undersökningens stråldosbelastning en viktig parameter att ta hänsyn till i berättigandebedömningen och valet av modalitet och metod kan således påverka lämpligheten av en viss undersökning. Det är viktigt att i berättigandebedömningen ta ställning till om det kan vara mer lämpligt att utföra undersökningen med en teknik som innebär lägre stråldos eller inte alls utnyttjar joniserande strålning.

1.2. Berättigandeprocessen

En process binder ihop flera olika aktiviteter. Processen startar med ett behov och slutar med att behovet är tillfredsställt. Alla aktiviteter som utförs i en verksamhet ingår på ett eller annat sätt i en eller flera av verksamhetens processer. Själva processen kan beskrivas i en processbeskrivning, som kan vara mer eller mindre detaljerad. En processbeskrivning innehåller vad som initierar och avslutar processen och de vanligaste aktiviteterna däremellan. I Figur 1 illustreras en övergripande beskrivning av hur en röntgenprocess på en tandvårdsklinik skulle kunna beskrivas, från remiss/frågeställning in till svar ut.



Figur 1. En övergripande beskrivning av röntgenprocessen.

1.3. Ansvar för berättigande

Enligt 3 kap. 2 § strålskyddslagen (2018:396) ligger ansvaret för val av berättigad radiologisk metod och att det i varje enskilt fall säkerställs att exponeringen är berättigad på den som bedriver verksamheten.

Av 3 kap. 2 § Strålsäkerhetsmyndighetens föreskrifter (SSMFS 2018:1) om grundläggande bestämmelser för tillståndspliktig verksamhet med joniserande strålning och 2 kap. 5 § Strålsäkerhetsmyndighetens föreskrifter (SSMFS 2018:2) om anmälningspliktiga verksamheter framgår det att för arbetsuppgifter som har betydelse för strålsäkerheten ska ansvar, befogenheter och samarbetsförhållanden vara definierade och dokumenterade samt kända inom organisationen. Det ska tydligt framgå av ledningssystemet att verksamhetsutövaren har det yttersta ansvaret för strålsäkerheten.

Enligt 5 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2004:11) om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m. ska verksamhetschefen på den mottagande enheten fastställa rutiner för de remisser som ska användas inom verksamhetsområdet, för hanteringen av inkommande remisser och utgående remissvar.

2. Syfte och mål

Syftet med granskningen har varit att säkerställa att verksamhetsutövarna bedriver en strålsäker verksamhet samt att bidra till att strålsäkerhetsarbetet utvecklas. Målet med granskningen har varit att öka medvetenheten och vara pådrivande gällande berättigande-frågor inom den odontologiska radiologin samt erhålla en samlad och välgrundad bild av hur olika delar inom berättigandeprocessen säkerställs och genomförs.

3. Genomförande

Granskningen har genomförts på eget initiativ av myndigheten och har genomförts i enlighet med myndighetens beslutade rutiner för granskning.

Granskningen har genomförts genom att ett frågeformulär för egenvärdering av berättigandeprocessen [6] skickats ut till och besvarats av de utvalda verksamheterna. Frågeformuläret innehåller fasta svarsalternativ (JA, NEJ, DELVIS). Till varje fråga finns förutom de fasta svarsalternativen också en uppmaning om att ge ytterligare beskrivningar i form av fritextsvar. För att verksamheterna bättre ska kunna förstå frågorna och sätta dem i sitt sammanhang finns det till varje fråga en vägledningstext där det ges en hänvisning till aktuellt krav och vad som står i detta. De fasta svarsalternativen möjliggör en jämförande sammanställning, medan fritextsvaren bidrar med förklaring och utökad perspektiv kring verksamheternas svar. I samband med enkätutskicket begärdes även dokumentation in som beskriver rutin för berättigandeprocessen. Verksamheternas svar samt granskning av inskickad dokumentation har därefter resulterat i individuella granskningsrapporter och i vissa fall förelägganden.

Resultatet av granskningen har sammanställts i en samlad granskningsrapport (denna rapport). Rapporten kommer att spridas till de deltagande verksamheterna och kan komma att presenteras på nationella och internationella konferenser. Återkoppling ges till varje verksamhet i form av redovisning av individuell granskningsrapport samt vid behov krav på komplettering och vidtagande av åtgärder (tillsynsåtgärder) i de fall verksamheten inte uppfyller de granskade kraven. Slutsatserna från granskningen kommer vidare ligga till grund för framtida tillsynsinsatser inom området.

För att minska risken att respondenterna inte skulle förstå frågorna genomfördes först en pilotstudie på fem verksamhetsutövare. Efter pilotstudien gjordes mindre justeringar i frågeformuläret där risk för missförstånd förelåg.

3.1. Samlad bedömning av kravuppfyllelse

Frågorna i frågeformuläret har delats in i tre områden:

- Styrande dokument för berättigandebedömning
- Fördelning av ansvar och befogenheter vid bedömning av berättigande
- Intern revision

För varje område har i denna rapport en sammantagen bedömning av regelefterlevnaden utifrån granskningen av svaren i egenvärderingen samt inskickad dokumentation gjorts.

Detta innebär dock att det inom de områden där regelefterlevnaden som helhet bedömts vara acceptabel kan finnas verksamheter som inte uppfyller ställda krav och verksamheter med förbättringspotential.

4. Aktuell kravbild

De krav som ställs på verksamhet med joniserande strålning inom hälso- och sjukvården regleras genom strålskyddslagen (2018:396), strålskyddsförordningen (2018:506) samt föreskrifter utfärdade av SSM. Därutöver är också föreskrifter utgivna av Socialstyrelsen relevanta för hantering och berättigandebedömning av remisser.

Följande krav har legat till grund för granskningen:

- 3 kap. 2 § strålskyddslagen
- 3 kap. 2, 4, 5, 7 och 8 §§ Strålsäkerhetsmyndighetens föreskrifter (SSMFS 2018:1) om grundläggande bestämmelser för tillståndspliktig verksamhet med joniserande strålning
- 2 kap. 2 § och 3 kap 1 § Strålsäkerhetsmyndighetens föreskrifter (SSMFS 2018:5) om medicinska exponeringar
- 2 kap. 5 och 6 §§ samt 3 kap. 2 och 3 §§ Strålsäkerhetsmyndighetens föreskrifter (SSMFS 2018:2) om anmälningspliktiga verksamheter

Därutöver har även Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2004:11) om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m. samt 4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) beaktats.

5. Sammanställning och analys av egenutvärdering

I detta kapitel redovisas en sammanställning med resultat och bedömningar baserat på de svar som verksamheterna har uppgett i sina egenvärderingar av berättigandeprocessen samt av den dokumentation som har skickats in till SSM.

5.1. Styrande dokument för berättigandebedömning

Fråga 1.1

Inkluderar styrande dokument hur berättigandebedömning av enskilda undersökningar ska ske?

Krav

3 kap. 2 § strålskyddslagen

Den som bedriver en verksamhet där det används en metod med joniserande strålning för medicinsk exponering [...] ska se till att metoden är berättigad och att det i varje enskilt fall innan någon exponeras för strålning säkerställs att exponeringen är berättigad.

3 kap. 3 § första och tredje stycket SSMFS 2018:2

Innan en exponering genomförs, ska det bedömas om den är berättigad med hänsyn till syftet med exponeringen och de individuella förutsättningarna hos den som exponeras. [...]

Det är förbjudet att utföra sådan screening som innebär att en grupp människor undersöks för att fastställa deras tandstatus.

Resultat

I frågeformulärets fasta svarsdel svarade 88 % av verksamheterna att styrande dokument inkluderar hur berättigandebedömning av enskilda undersökningar ska ske. 12 % av verksamheterna svarade att styrande dokument delvis inkluderar hur berättigandebedömning av enskilda undersökningar ska ske.

I fritexten beskrivs bland annat indikationer för röntgen och vilka frågeställningar som ska besvaras inför berättigandebedömning. Ett fåtal verksamheter har beskrivit att röntgen ska föregås av en klinisk undersökning¹. I flera fall, både när verksamheterna uppger att styrande dokument inkluderar och delvis inkluderar hur berättigandebedömning av enskilda undersökningar ska ske, beskrivs enbart berättigandebedömning vid remisshantering.

Bedömning

Vid granskning av enkätsvar och inskickad dokumentation bedömde SSM att 79 % av de tillfrågade hade styrande dokument som inkluderar hur berättigandebedömning av enskilda undersökningar ska ske.

Brister som SSM har noterat är att berättigandebedömning endast finns beskrivet i styrande dokument inom specialisttandvården, eller att berättigandebedömning inte finns beskrivet för samtliga röntgenundersökningar. Det noterades även brister i att det i styrande dokument inte tydligt framgår att det i varje enskilt fall innan någon exponeras för strålning säkerställs att exponeringen är berättigad. I två fall beskrivs screening av en åldersgrupp (dock inte inom barn- och ungdomstandvården) för att bestämma tandstatus samt i ett fall beskrivs ett icke individuellt förfarande vid berättigandebedömning i en undersökningsprocess.

I fem av de tjugofyra granskade verksamheterna framgår det av styrande dokument att berättigandebedömningen ska noteras i daganteckningarna, detta noterades som goda exempel i granskningsrapporterna. Hos övriga verksamheter ser SSM att det finns förbättringsområde i att detta ska framgå av styrande dokument. SSM gör bedömningen med stöd av 5 kap. 5 § Socialstyrelsens föreskrift HSLF-FS 2016:40 där det framgår att följande uppgifter ska antecknas i patientjournalen när de förekommer - utredande och behandlande åtgärder samt bakgrunden till dessa - ordinationer och ordinationsorsak (t.ex. av läkemedel och olika behandlingar). Övriga förbättringsområden som SSM identifierade var att förtydliga i styrande dokument att inte bara remitterade

¹ Enligt IAEA safety report series No. 108 (IAEA, Radiation protection in dental radiology, Safety reports series No. 108, Vienna, 2022) ska röntgen med bitewing för kariesdiagnostisering baseras på en riskvärdering som ska baseras på klinisk undersökning.

undersökningar ska föregås av klinisk undersökning samt att man ska överväga alternativa metoder utan joniserande strålning även vid dessa röntgenundersökningar.

Fråga 1.1.1

Inkluderar styrande dokument hur journaluppgifter och information om diagnostik från tidigare exponeringar ska beaktas i samband med berättigandebedömning?

Krav

2 kap. 2 § SSMFS 2018:5

Den person på den utförande enheten som beslutar om en medicinsk exponering ska så långt som det är möjligt och rimligt beakta journaluppgifter och information om diagnostik från tidigare exponeringar.

3 kap. 3 § andra stycket SSMFS 2018:2

[...] Tidigare diagnostisk information ska beaktas i syfte att undvika onödiga exponeringar [...].

Resultat

I frågeformulärets fasta svarsdel svarar 79 % av verksamheterna att styrande dokument inkluderar hur journaluppgifter och information om diagnostik från tidigare exponeringar ska beaktas i samband med berättigandebedömning. 21 % av verksamheterna svarar att styrande dokument delvis inkluderar hur journaluppgifter och information om diagnostik från tidigare exponeringar ska beaktas i samband med berättigandebedömning.

I fritexten beskriver verksamheterna att det ska tas i beaktande om frågeställningen inför röntgen kan besvaras med en tidigare utförd undersökning samt att tidigare röntgenundersökningar ska finnas tillgängliga och användas i bedömningen tillsammans med tidigare journalanteckningar. I några fall när verksamheterna uppger att styrande dokument delvis inkluderar hur journaluppgifter och information om diagnostik från tidigare exponeringar ska beaktas i samband med berättigandebedömning, gäller beskrivningen enbart vid remisshantering.

Bedömning

Vid granskning av enkätsvar och inskickad dokumentation bedömde SSM att 75 % av de tillfrågade verksamheterna har styrande dokument som beskriver hur journaluppgifter och information om diagnostik från tidigare exponeringar ska beaktas i samband med berättigandebedömning.

Brister som SSM noterade var att styrande dokument inte beskriver hur journaluppgifter och information om diagnostik från tidigare exponeringar ska beaktas i samband med berättigandebedömning eller att detta endast finns beskrivet inom specialisttandvården.

I tre av de tjugofyra granskade verksamheterna finns det tydligt beskrivet i styrande dokument att diagnostisk information kan inhämtas från tidigare vårdgivare, detta noterades som goda exempel i granskningsrapporterna.

Fråga 1.2

Finns styrande dokument för hantering av remisser/beställningar till radiologiska undersökningar?

Krav

3 kap. 4 § och 5 § fjärde punkten SSMFS 2018:1

Verksamheten ska ledas, styras, utvärderas och utvecklas med stöd av ett ledningssystem.

Ledningssystemet ska vara utformat så att kraven på strålsäkerhet tillgodoses samordnat med övriga krav på verksamheten.

Ledningssystemet ska vara dokumenterat, aktuellt och ändamålsenligt för verksamheten.

Ledningssystemet ska [...] innehålla information om [...]

4. hur verksamhetens aktiviteter och eventuella processer ska genomföras, utvärderas och utvecklas,

2 kap. 6 § SSMFS 2018:2

Verksamheten ska ledas, styras, utvärderas och utvecklas med stöd av ett ledningssystem.

Ledningssystemet ska vara utformat så att kraven på strålskydd tillgodoses samordnat med övriga krav på verksamheten.

Ledningssystemet ska vara dokumenterat, aktuellt och ändamålsenligt för verksamheten.

Resultat

I frågeformulärets fasta svarsdel svarar 83 % av verksamheterna att det finns styrande dokument för hantering av remisser/beställningar till radiologiska undersökningar. 17 % av verksamheterna svarar att det delvis finns styrande dokument för hantering av remisser/beställningar till radiologiska undersökningar.

I fritexten beskriver verksamheterna att det finns riktlinjer för remisshantering, innehållet i riktlinjerna beskrivs. Bland annat framgår vem som får skriva remiss, hur en remiss ska skrivas, vad som ska ingå i remissen, vem som ansvarar för berättigandebedömningen vid remittering. När verksamheterna har uppgett att styrande dokument delvis inkluderar hantering av remisser/beställningar till radiologiska undersökningar beskrivs att det endast finns för dental DT, för specialistverksamheten eller att det inte finns för intraoral röntgen.

I vägledningen till denna fråga förtydligas att "Beställning" syftar till noteringar i journal och kallelsesystem om röntgenundersökningar som ska utföras.

Bedömning

Vid granskning av enkätsvar och inskickad dokumentation bedömde SSM att 96 % av verksamheterna har styrande dokument för hantering av remisser/beställningar till radiologiska undersökningar. I resterande fall har SSM noterat brist i att detta saknas.

Fråga 1.2.1

Inkluderar styrande dokument hur remisser/beställningar till oberättigade undersökningar ska avvisas?

Krav

3 kap. 2 § strålskyddslagen

Den som bedriver en verksamhet där det används en metod med joniserande strålning för medicinsk exponering [...] ska se till att metoden är berättigad och att det i varje enskilt fall innan någon exponeras för strålning säkerställs att exponeringen är berättigad.

3 kap. 3 § första och tredje stycket SSMFS 2018:2

Innan en exponering genomförs, ska det bedömas om den är berättigad med hänsyn till syftet med exponeringen och de individuella förutsättningarna hos den som exponeras. [...]

Det är förbjudet att utföra sådan screening som innebär att en grupp människor undersöks för att fastställa deras tandstatus.

Resultat

I frågeformulärets fasta svarsdel svarar 75 % av verksamheterna att styrande dokument inkluderar eller delvis inkluderar hur remisser till oberättigade undersökningar ska avvisas. 25 % av verksamheterna svarar att detta inte framgår av styrande dokument.

I fritexten beskriver verksamheterna att bristfällig eller otydlig remiss besvaras med uppgifter om varför patient inte kallas för undersökning, exempelvis oberättigad. Där det framgår av enkätsvaren att styrande dokument delvis inkluderar eller inte inkluderar hur remisser till oberättigade undersökningar ska avvisas beskrivs att rutinen finns för specialisttandvård men inte när remiss skickas mellan kliniker eller att styrande dokument endast gäller för allmäntandvården. Det beskrivs även att skriftlig rutin inte finns men att arbetssättet är känt. Alla verksamheter tar inte emot remisser.

Bedömning

Vid granskning av enkätsvar och inskickad dokumentation bedömde SSM att 75 % av verksamheterna hade styrande dokument som inkluderar hur remisser till oberättigade undersökningar ska avvisas. I resterande fall har SSM noterat brist i att detta saknas.

Fråga 1.3

Har den radiologiska ledningsfunktionen varit involverade i framtagandet av styrande dokument gällande berättigandebedömning?

Krav

3 kap. 1 § SSMFS 2018:5

I varje medicinsk och odontologisk verksamhet ska det finnas en radiologisk ledningsfunktion som inom sitt område

- 1. har ett övergripande ansvar för berättigandebedömningar, och*
- 2. medverkar och ger råd i frågor som rör medicinska exponeringar.*

3 kap. 2 § SSMFS 2018:2

Inom verksamheten ska det finnas en radiologisk ledningsfunktion som innehas av en legitimerad tandläkare.

Den radiologiska ledningsfunktionen ska ansvara för att berättigandebedömning enligt 3 § och optimering enligt 4 § görs innan en röntgenundersökning utförs.

Den radiologiska ledningsfunktionen ska vara anpassad till verksamhetens art och omfattning.

Resultat

I frågeformulärets fasta svarsdel svarar 92 % av verksamheterna att den radiologiska ledningsfunktionen har varit involverad i framtagandet av styrande dokument gällande berättigandebedömning. 8 % svarade att den radiologiska ledningsfunktionen delvis har varit involverad i framtagandet av styrande dokument gällande berättigandebedömning.

I fritexten beskriver verksamheterna att den radiologiska ledningsfunktionen har varit involverad i framtagandet av styrande dokument gällande berättigandebedömning i olika omfattning samt vem eller vilka som mer har varit med i framtagandet. När verksamheterna har svarat att radiologisk ledningsfunktion delvis har varit involverad i framtagandet av styrande dokument gällande berättigandebedömning beskrivs i vissa fall att det bara gäller för specialisttandvården.

Bedömning

Vid granskning av enkätsvar och inskickad dokumentation bedömde SSM att den radiologiska ledningsfunktionen har varit involverad i framtagandet av styrande dokument gällande berättigandebedömning för 96 % av verksamheterna.

I det fall SSM noterade brist hade den radiologiska ledningsfunktionen inte varit involverad i framtagandet av styrande dokument gällande berättigandebedömning för allmäntandvården.

Fråga 1.3.1

Revideras styrande dokument för berättigandebedömning och hantering av remisser regelbundet?

Krav

3 kap. 4 § och 5 § fjärde punkten SSMFS 2018:1

Verksamheten ska ledas, styras, utvärderas och utvecklas med stöd av ett ledningssystem.

Ledningssystemet ska vara utformat så att kraven på strålsäkerhet tillgodoses samordnat med övriga krav på verksamheten.

Ledningssystemet ska vara dokumenterat, aktuellt och ändamålsenligt för verksamheten.

Ledningssystemet ska [...] innehålla information om [...]

4. hur verksamhetens aktiviteter och eventuella processer ska genomföras, utvärderas och utvecklas,

2 kap. 6 § SSMFS 2018:2

Verksamheten ska ledas, styras, utvärderas och utvecklas med stöd av ett ledningssystem.

Ledningssystemet ska vara utformat så att kraven på strålskydd tillgodoses samordnat med övriga krav på verksamheten.

Ledningssystemet ska vara dokumenterat, aktuellt och ändamålsenligt för verksamheten.

Resultat

I frågeformulärets fasta svarsdel svarar 83 % av verksamheterna att styrande dokument för berättigandebedömning och hantering av remisser revideras regelbundet. 17 % av verksamheterna svarade att styrande dokument för berättigandebedömning och hantering av remisser delvis revideras regelbundet.

I fritexten beskriver verksamheterna att styrande dokument revideras årligen eller vart annat år samt vid behov och att detta initieras av dokumenthanteringssystemet. När verksamheterna har uppgett att styrande dokument delvis revideras regelbundet beskrivs att dessa reviderats vid uppdatering eller ändring av vårdprogram, men systematisk revidering med bestämd regelbundenhet saknas.

Bedömning

Vid granskning av enkätsvar och inskickad dokumentation bedömde SSM att 92 % av verksamheterna reviderar styrande dokument för berättigandebedömning och hantering av remisser regelbundet.

Brister som SSM noterade var att det inte säkerställs att styrande dokument är aktuella då de inte revideras regelbundet.

Förbättringsområden som SSM noterade var att det i styrande dokument bör framgå när dokumenten har fastställts för att förtydliga deras giltighetstid.

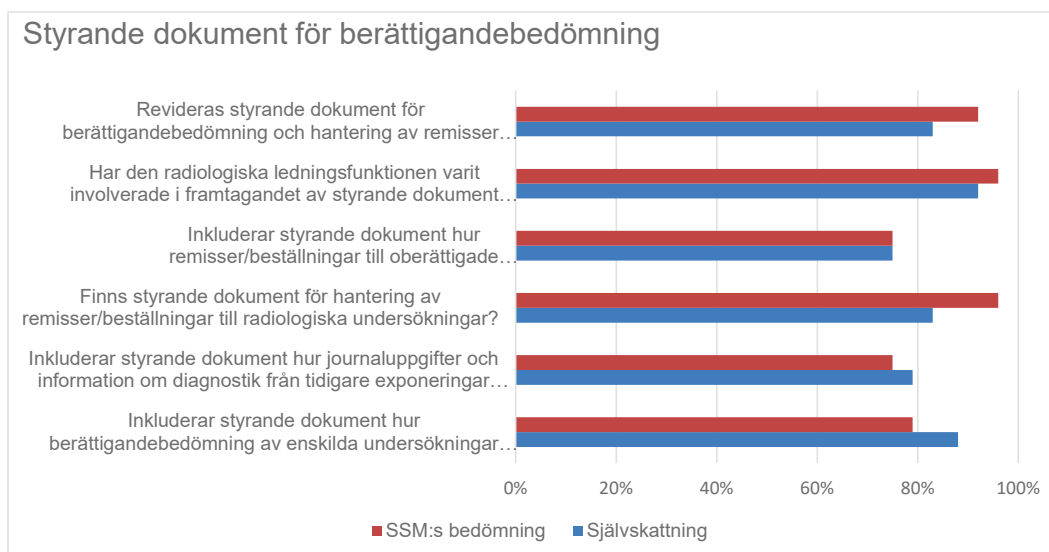
5.1.1. Slutsatser – Styrande dokument för berättigandebedömning

Sammantaget bedöms regelefterlevnaden, utifrån egenvärderingen, som acceptabel (fler än 75 % av verksamheterna uppfyller kraven) vad det gäller området ”Styrande dokument för berättigandebedömning”.

I vissa fall där självskattningen har varit lägre än SSM:s bedömning, se Figur 2, har styrande dokument reviderats efter verksamhetens faktagranskning av bedömningarna i granskningsrapporten. I andra fall kan man anta att uppgiftslämnaren inte haft full vetskap om vad som står i styrande dokument alternativt inte själva tyckt att innehållet i styrande dokument är tillräckligt.

I de fall självskattningen har varit högre än SSM:s bedömning kan man anta att uppgiftslämnaren själv ”vet” hur berättigandebedömningen ska gå till men inte har säkerställt att detta är beskrivet i styrande dokument. I vissa fall har uppgiftslämnaren uppgivit att så är fallet.

Sammanfattningsvis finns det förbättringspotential i att förtydliga berättigandeprocessen så att den omfattar samtliga modaliteter och moment både inom allmäntandvården och inom specialisttandvården.



Figur 2. Jämförelse mellan SSM:s bedömningar och självskattning gällande styrande dokument för berättigandebedömning.

5.2. Fördelning av ansvar och befogenheter vid bedömning av berättigande

Krav

3 kap. 2 § SSMFS 2018:1

För arbetsuppgifter som har betydelse för strålsäkerheten ska ansvar, befogenheter och samarbetsförhållanden vara definierade och dokumenterade samt kända inom organisationen. Det ska tydligt framgå av ledningssystemet att tillståndshavaren har det yttersta ansvaret för strålsäkerheten.

2 kap. 5 § SSMFS 2018:2

För arbetsuppgifter som har betydelse för strålskyddet ska ansvar, befogenheter och samarbetsförhållanden vara definierade och dokumenterade samt kända inom organisationen. Det ska tydligt framgå av ledningssystemet att verksamhetsutövaren har det yttersta ansvaret för strålskyddet.

Fråga 2.1

Är det definierat och dokumenterat vilken personalkategori som ska göra berättigandebedömning inför radiologiska undersökningar?

Resultat

I frågeformulärets fasta svarsdel svarar 88 % av verksamheterna att det är definierat och dokumenterat vilken personalkategori som ska göra berättigandebedömning inför

radiologiska undersökningar. 12 % av verksamheterna svarade att det delvis är definierat och dokumenterat vilken personalkategori som ska göra berättigandebedömning inför radiologiska undersökningar.

I fritexten beskriver verksamheterna med olika omfattning vilken formell behörighet som krävs för berättigandebedömning av olika röntgenundersökningar. När verksamheterna har svarat att det delvis är definierat och dokumenterat vilken personalkategori som ska göra berättigandebedömning inför radiologiska undersökningar beskrivs i vissa fall att det inte finns dokumenterat för intraorala undersökningar eller att det bara finns definierat för specialisttandvården.

Bedömning

Vid granskning av enkätsvar och inskickad dokumentation bedömer SSM att 83 % av verksamheterna har definierat och dokumenterat vilken personalkategori som ska göra berättigandebedömning inför radiologiska undersökningar.

Brister som SSM noterade var att det inte är dokumenterat vilken personalkategori som ska göra berättigandebedömning inför icke remitterade radiologiska undersökningar eller att det inte är tydligt definierat vilken personalkategori som ska göra berättigandebedömning inför samtliga typer av radiologiska undersökningar.

Fråga 2.2

Är verksamhetschefens ansvar, vad det gäller bedömning av berättigande av radiologiska undersökningar som utförs i verksamheten, definierat och dokumenterat?

Resultat

I frågeformulärets fasta svarsdel svarar 83 % av verksamheterna att verksamhetschefens ansvar, vad det gäller bedömning av berättigande av radiologiska undersökningar som utförs i verksamheten, är definierat och dokumenterat. 17 % svarar att verksamhetschefens ansvar, vad det gäller bedömning av berättigande av radiologiska undersökningar som utförs i verksamheten, delvis är definierat och dokumenterat.

I fritexten beskriver verksamheterna att verksamhetschefen eller klinikchefen ansvarar för att rutin för berättigandebedömning är framtagen, känd och tillämpas i verksamheten. Det beskrivs även att verksamhetschefen ska samverka med radiologisk ledningsfunktion gällande berättigandebedömning samt säkerställa att korrekt kompetens och finns. Det beskrivs dels att verksamhetschefen är ansvarig för att alla exponeringar med joniserande strålning som sker i verksamheten är berättigade och dels att tillståndshavaren har det yttersta ansvaret för strålsäkerheten.

När verksamheterna har uppgett att verksamhetschefens ansvar, vad det gäller bedömning av berättigande av radiologiska undersökningar delvis är definierat och dokumenterat beskrivs att berättigandebedömning inte nämns särskilt men är underförstått av det övergripande ansvaret eller att verksamhetschefens radiologiska ansvar är definierat men inte dokumenterat.

Bedömning

Vid granskning av enkätsvar och inskickad dokumentation bedömde SSM att 88 % av verksamheterna har verksamhetschefens ansvar, vad det gäller bedömning av

berättigande av radiologiska undersökningar som utförs i verksamheten, definierat och dokumenterat.

Brister som SSM noterade var att verksamhetschefernas ansvar vad det gäller bedömning av berättigande inte är dokumenterat eller att det inte är definierat vilken roll verksamhetschef har för verksamheter med intraoral- och eller panoramaröntgenutrustning.

Förbättringsområde som SSM noterade var att i styrande dokument förtydliga verksamhetschefens ansvar vad det gäller bedömning av berättigande av radiologiska undersökningar som utförs i verksamheten.

Fråga 2.3

Är den radiologiska ledningsfunktionens ansvar och befogenheter definierade och dokumenterade vad det gäller bedömning av berättigande?

Resultat

I frågeformulärets fasta svarsdel svarar 96 % av verksamheterna att den radiologiska ledningsfunktionens ansvar och befogenheter är definierade och dokumenterade eller delvis definierade och dokumenterade vad det gäller bedömning av berättigande. 4 % av verksamheterna svarade att det inte är definierade och dokumenterade.

I fritexten beskriver verksamheterna att den radiologiska ledningsfunktionens ansvar är att skapa förutsättningar för berättigandebedömningar genom t ex utbildningar och framtagandet av skriftlig dokumentation. Vidare beskrivs att den radiologiska ledningsfunktionen är lokalt ansvarig för strålskyddet och röntgenarbetet i den dagliga verksamheten på klinikerna samt ansvarar för att se till att berättigandebedömning utförs. När verksamheterna har svarat att den radiologiska ledningsfunktionens ansvar, vad det gäller bedömning av berättigande av radiologiska undersökningar delvis är definierat och dokumenterat beskrivs att den radiologiska ledningsfunktionens ansvar finns beskrivet men befogenheterna finns inte beskrivna.

Bedömning

Vid granskning av enkätsvar och dokumentation bedömdes att 92 % av verksamheterna har den radiologiska ledningsfunktionens ansvar, vad det gäller bedömning av berättigande av radiologiska undersökningar som utförs i verksamheten, definierat och dokumenterat.

Brister som SSM noterade var att radiologisk ledningsfunktionens ansvar inte är dokumenterat eller att det inte är definierat vilken roll radiologisk ledningsfunktion har för verksamheter med intraoral- och eller panoramaröntgenutrustning.

Fråga 2.4

Är ansvar, befogenheter och samarbetsförhållanden för berättigandeprocessen förmedlad ut i organisationen?

Resultat

I frågeformulärets fasta svarsdel svarar 92 % av verksamheterna att ansvar, befogenheter och samarbetsförhållanden för berättigandeprocessen är förmedlad ut i organisationen. 8 % svarade att ansvar, befogenheter och samarbetsförhållanden för berättigandeprocessen delvis är förmedlad ut i organisationen.

I fritexten beskriver verksamheterna bland annat att ansvar, befogenheter och samarbetsförhållanden för berättigandeprocessen förmedlas ut i organisationen genom introduktion och utbildning, uppföljning i form av kvalitetsprojekt, egenkontrollprogram och nyhetsbrev. Flera verksamheter beskriver att verksamhetschefer och de radiologiska ledningsfunktionerna har fått genomgång av det senaste regelverket och har ansvar för att förmedla detta ut i organisationen. Flera verksamheter uppger att det är förmedlat i och med att det finns beskrivet i styrande dokument.

När verksamheterna har uppgett att befogenheter och samarbetsförhållanden för berättigandeprocessen delvis är förmedlad ut i organisationen beskrivs att det pågår en utbildningsinsats eller att detta delvis är förmedlat ut i organisationen genom regelbunden utbildning av de lokala radiologiska ledningsfunktionerna.

Bedömning

Vid granskning av enkätsvar och inskickad dokumentation bedömde SSM att hos 83 % av verksamheterna är ansvar, befogenheter och samarbetsförhållanden för berättigandeprocessen förmedlad ut i organisationen.

Brister som SSM noterade var att verksamheterna inte har förmedlat ansvar och befogenheter ut i organisationen eller att inte ha förmedlat gällande strålskyddslag och föreskrifter ut i organisationen.

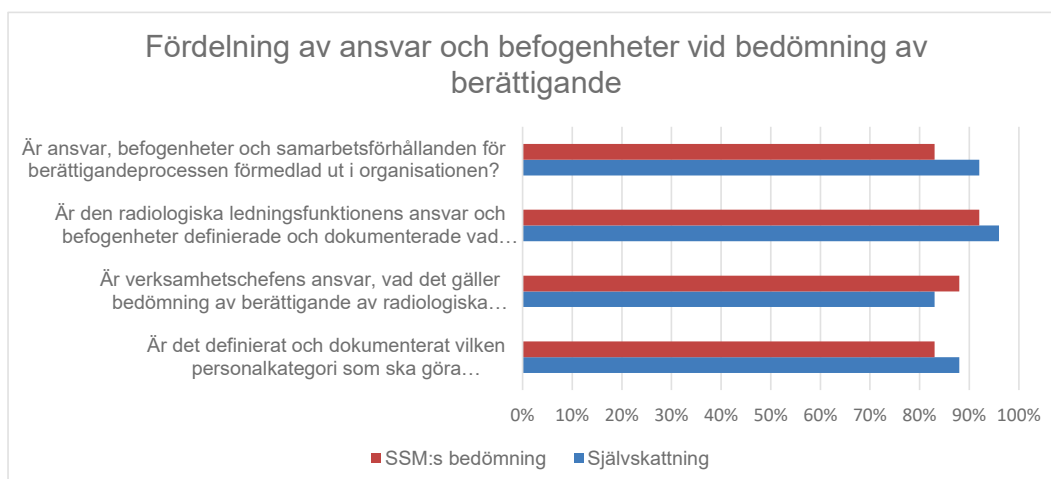
SSM noterade att det finns förbättringsområde i att tillse att berättigandeprocessen är känd av berörd personal i organisationen, utöver att det är beskrivet i styrande dokument.

5.2.1. Slutsatser - Fördelning av ansvar och befogenheter vid bedömning av berättigande

Sammantaget bedöms regelefterlevnaden, utifrån egenvärderingen, som acceptabel (fler än 75 % av verksamheterna uppfyller kraven) vad det gäller området "Fördelning av ansvar och befogenheter vid bedömning av berättigande".

I ett fall har självskattningen varit lägre än SSM:s bedömning, verksamhetschefens ansvar, se Figur 3. Inom tandvården har chefer på olika nivåer olika benämningar, det kan vara otydligt vad som avses med verksamhetschef. Det kan även vara så att respondenten inte anser att verksamhetschefens ansvar är tillräckligt tydligt beskrivet.

Sammanfattningsvis finns det förbättringspotential i att förtydliga ansvaret i berättigandeprocessen så att den omfattar samtliga modaliteter inom allmäntandvården och även inom specialisttandvården. Det finns även förbättringspotential i att säkerställa att berättigandeprocessen är förmedlad och implementerad i organisationen inte bara att den är presenterad.



Figur 3. Jämförelse mellan SSM:s bedömningar och självskattning gällande fördelning av ansvar och befogenheter vid bedömning av berättigande

5.3. Intern revision

Krav

3 kap. 7 och 8 §§ SSMFS 2018:1

7 § Ledningssystemets tillämpning och ändamålsenlighet ska systematiskt och regelbundet granskas av en revisionsfunktion.

Revisioner ska utgå ifrån ett revisionsprogram enligt 8 §, dokumenteras samt så långt som det är möjligt och rimligt genomföras på ett objektivt och opartiskt sätt.

Revisionsfunktionen ska ha befogenhet att rapportera direkt till verksamhetens högsta ledning.

8 § Det ska finnas ett revisionsprogram där revisionsområden anges utifrån den betydelse som verksamhetens aktiviteter och eventuella processer har för strålsäkerheten.

Revisionsområdena ska granskas minst vart tredje år eller med de kortare intervall som motiveras av deras betydelse för strålsäkerheten eller när särskilda behov av revision föreligger.

Bedömning

Inom området intern revision bedömer SSM att tre verksamheter inte uppfyller kraven då de själva har uppgett att det inte utförs internrevision av röntgenverksamheten eller att berättigandebedömningen inte omfattas av internrevisionen. För övriga verksamheter har underlaget i enkätsvaren varit alltför bristfälligt för att göra en bedömning utefter ställda krav.

Det är dock i flera fall oklart om uppgiftslämnarna har förstått vad intern revision innebär och därmed förstått innebörden av föreskriftskravet.

5.3.1. Slutsatser – Intern revision

SSM konstaterade att verksamheternas uppfattning om vad intern revision innebär och hur den genomförs varierar. Detta innebar också att tolkningen av verksamheternas svar försvårades, där av gjordes ingen bedömning av enkätsvaren. Däremot uppgav tre av verksamheterna att internrevision inte utförs och där av bedömdes att kravet inte uppfylldes.

Flera verksamheter uppger att de följer upp verksamheten genom olika typer av årliga ronder och egenvärderingar/journalgranskningar. Denna metod kan säkert bidra till värdefull information om verksamheten och bidra till kvalitetsarbetet. SSM är tveksam till om denna typ av egenvärderingar kan likställas med vad som avses i kraven på revision då det ställer krav på verksamheternas arbetsklimat om detta ska kunna ske på ett objektivt och opartiskt sätt. SSM bedömer därutöver att enbart översyn och uppdatering av styrande dokument och metoder inte är att betrakta som intern revision, även om det är en viktig del i kvalitetsarbetet.

6. Viktiga framgångsfaktorer för berättigandebedömning

Verksamheterna har i en fritextfråga fått svara på vad de anser är den viktigaste framgångsfaktorn för en fungerande process för berättigandebedömning. De svar som verksamhetsutövarna har angett kan sorteras in under följande rubriker: ”Ledningssystem”, ”Dialog”, ”Utbildning/kompetens”, ”Kvalitetssäkring” och ”Engagerad radiologisk ledningsfunktion” och anges i form av citat nedan.

Ledningssystem

- Ett välfungerande ledningssystem. Rutindokument och riktlinjer finns framtagna i ledningssystemen - det svåra är att nå ut med detta i verksamheten i stort och förankra berättigandebegreppet i det dagliga arbetet i allmäntandvården.
- Ett centralt framtaget dokument som uppfyller lagkrav som sedan kan anpassas på lokal nivå.
- Skapande och genomgång av Kvalitetshandboken.
- Remittentstöd (rätt remisser).
- Ett ramdokument som gör det lättare för verksamheten att följa bl.a. processen för berättigandebedömning, kommer att tas fram.
- Tydlig ansvarsfördelning och riktlinjer.
- Tydliga direktiv, ansvar och roller (lätt att göra rätt).

Dialog

- Vid terapimöten mellan kollegor. Att prata med varandra och diskutera berättigandet i tagna bilder.
- Långsiktigt arbete, tar tid, uthållighet.

- Återkommande information i olika forum, ex. arbetsplatsträffar, terapimöten, journalgranskningar, journalskrivningsutbildningar, internrevisioner, via Ralfarna (radiologisk ledningsfunktion).
- Ständig dialog mellan behandlare i samverkan med riktlinjer.
- Uppföljning och återkoppling.
- Fortsatt regelbunden utbildning och god kommunikation mellan specialister och allmäntandvården.
- Styrande dokument är viktiga men viktigare är kulturen på enheter med joniserade strålning och likaså samarbetsklimatet med behandlare/remittenter.
- Vid redovisning av klinikernas avvikelser tas även detta upp.
- Att hitta plattformar som gör det enkelt att nå ut till verksamheten.

Utbildning/kompetens

- Utbildning och repetition för att säkerställa att alla förstår vikten av berättigandebedömning.
- Att apparatur och kompetens finns på samma klinik.
- Engagerade medarbetare på utförande enhet (hög kvalitet).
- Fortlöpande och återkommande arbete med utbildning och kompetenshöjning hos våra medarbetare.
- För den enskilda tandläkaren: reflektion. Kunskapen om strålskydd finns och vi kan skriva dokument och vägledningar men till sist är det i den kliniska vardagen som berättigandebedömningen ska göras och då krävs det att tandläkaren reflekterar och sammanväger kliniska fynd med tidigare röntgenfynd etc. Här spelar RaLF tillsammans med strålskyddsfysiker en nyckelroll som kontinuerligt håller denna fråga aktuell.
- Medarbetarnas intresse och kompetens och att man ständigt uppdaterar nytta-risk-metoder och utrustning.
- Utbildning och information så att regelverket och de styrande dokumenten är kända för alla som arbetar med röntgen.
- Regelbunden utbildning och att medarbetare ges tid och möjlighet att studera Röntgenhandboken.

Kvalitetssäkring

- Uppföljning i form av kvalitetssäkringsprojekt.
- Egenkontroll av processen för varje enhet/klinik och utförs regelbundet (årshjul).
- Genomförande av revision och egenkontroller.
- Gemensamma journalgranskningar och kalibreringar på klinikerna är mycket viktiga för att säkerställa berättigande att ta röntgenbilder.

Engagerad radiologisk ledningsfunktion

- RaLF:s möjlighet att delta på organisationens ledningsmöten för upprätthållande av strålsäkerheten.
- En radiologisk ledningsfunktion som känner till och vill ta sitt uppdrag.
- Närvarande odontologiska radiologer som repeterar berättigandebedömning.

Till sist ett citat från citaten:

”För att citera Tage Danielsson. `Säll är den som har som rättesnöre, att man tänker efter före`. Med andra ord tänka igenom vad man vill uppnå med bilden, vilken kunskap saknas som behövs för behandlingen.”

7. Samlad bedömning

Granskningen visar att regelefterlevnaden är acceptabel inom områdena ”Styrande dokument för berättigandebedömning” och ”Fördelning av ansvar och befogenheter vid bedömning av berättigande”, detta redovisas i tabell 1. Inom området ”Intern revision” har SSM inte gjort någon samlad bedömning. Inom samtliga granskade områden finns det verksamheter som inte uppfyller samtliga krav och verksamheter som har förbättringsområden.

Område	Regelefterlevnad
Styrande dokument för berättigandebedömning	85%
Fördelning av ansvar och befogenheter vid bedömning av berättigande	86%
Intern revision	Ej bedömt

Tabell 1. Regelefterlevnaden i de granskade områdena.

Förbättringsområden som SSM har identifierat inom området ”Styrande dokument för berättigandebedömning” är att:

- förtydliga i styrande dokument att även intraoral röntgenbildtagning och panoramaröntgen ska föregås av en klinisk undersökning,
- förtydliga i styrande dokument att berättigandebedömningen ska framgå av journalanteckningarna,
- av styrande dokument bör det framgå när de har fastställts för att förtydliga deras giltighetstid,
- i styrande dokument beskriva att alternativa metoder utan joniserande strålning ska övervägas även vid icke remitterade röntgenundersökningar.

Förbättringsområden som SSM har identifierat inom området ”Fördelning av ansvar och befogenheter vid bedömning av berättigande” är att:

- i styrande dokument förtydliga verksamhetschefens ansvar vad det gäller bedömning av berättigande av radiologiska undersökningar som utförs i verksamheten,
- tillse att berättigandeprocessen är känd av berörd personal i organisationen, utöver att det är beskrivet i styrande dokument.

SSM har även identifierat några goda exempel:

- Styrande dokument beskriver att berättigandet inför röntgenundersökning ska noteras i patientens journal.
- Styrande dokument beskriver att diagnosinformation ska inhämtas från tidigare vårdgivare.

8. Diskussion

Det är viktigt i en enkätstudie att ta hänsyn till respondentens förståelse av de frågor som ställs. Trots att en pilotstudie av frågeformuläret genomförts, samt att tydliga hänvisningar till aktuella föreskriftskrav gjorts, kan det inte uteslutas att vissa frågor inte fullt ut har förståtts av de svarande verksamheterna.

I samtliga fall saknades beskrivning om hur beställningar i form av journalanteckningar och notering i kallelsesystem ska hanteras med avseende på berättigandebedömning. Trots förtydligande i vägledning till frågan efter pilotstudien besvarade ingen verksamhet denna frågeställning, det framgick inte heller tydligt av inskickad dokumentation. Då innebörden av denna frågeställning uppenbarligen inte fick gehör hade SSM en tillåtande inställning i sin bedömning av kravuppfyllelse.

I området ”Intern revision” kan både förståelse av frågan och förståelsen av vad internrevision innebär haft inverkan på den variation som gavs i svaren. Här har SSM valt att inte göra bedömning av kravuppfyllnad, förutom på de verksamheter som i svaret uppgav att internrevision inte utförs eller att berättigande bedömningen inte omfattas av internrevisionen.

Hänsyn behöver även tas till om respondenterna försökt förstå frågan korrekt och sökt rätt svar eller försökt att hitta ett godtagbart men inte optimalt svar. Fritextsvaren har bestått av kopiering av text från styrande dokument, sammanfattning av styrande dokument eller bara hänvisning till styrande dokument. Den stora variationen på omfattningen av fritextsvaren, som inte alltid har stämt överens med jakande eller nekande svar, har gjort bedömningen svår. SSM har i samband med enkätutskicket begärt in dokumentation som beskriver rutin för berättigandeprocessen vilket har underlättat bedömningen av kravuppfyllelse.

Det är även viktigt att ta hänsyn till risken vid en egenvärdering att respondenterna ger förskönande bedömningar om den egna verksamheten. Vid en inspektion finns möjlighet att ställa direkta följdfrågor och intervjua olika personalkategorier för att kontrollera riktigheten i svaren, vilket inte är möjligt i samband med en egenvärdering av denna typ. SSM bedömer att svaren från respondenterna är ärliga och relevanta utifrån deras erfarenhet av sina verksamheter.

Knappt hälften av de som har svarat på enkäten, respondenterna, har rollen som radiologisk ledningsfunktion i verksamheterna, vissa med chefsposition. Övriga respondenterna är sjukhusfysiker, vårdutvecklare, tandläkare med chefsbefattning eller andra ansvarsroller och en tandvårdsdirektör. SSM kan inte se att svaren i enkäten speglar vilken roll respondenten har i sina verksamheter.

Målet med granskningen har bland annat varit att öka medvetenheten och vara pådrivande gällande berättigande frågor inom den odontologiska radiologin. Detta mål bedömer SSM till viss del redan är uppfyllt. En del av respondenterna reflekterade i mail vid svar på enkäten att de har identifierat förbättringar gällande förtydligande av rutiner. Flera av verksamheterna har i fritextsvaren identifierat att styrande dokument behöver uppdateras med tydligare rutiner. Vid faktagranskningen framkom det även att vissa verksamheter redan reviderat styrande dokument.

Detta är som tidigare nämnts en granskning av verksamheternas styrande dokument. Det speglar inte bilden av regelefterlevnad på samma sätt som en inspektion där det finns möjlighet att ställa direkta frågor vid intervju av olika personalkategorier.

9. Referenser

- [1] SSM, 2021 Tillsynsprogram Hälsa- och sjukvård, 15-1224.
- [2] IAEA, Radiation protection in dental radiology, Safety reports series No. 108, Vienna, 2022.
- [3] Regeringen, Ny strålskyddslag, s. 65, Prop. 2017/18:94.
- [4] IAEA, Justification of medical exposure in diagnostic imaging: Proceedings of an international workshop, held in Brussels in 2009, Vienna (2011).
- [5] PRESCRIPTION OF DENTAL X-RAY EXAMINATIONS IN PEDRIATIC DENTIRSTRY AS RELATED TO RISK AND INDICATION. Survey of patient journals in Sweden and Finland.
- [6] SSM, Omarbetad enkät för egenutvärdering, SSM2021-5826-11.

Bilaga 1. Deltagande verksamheter

Verksamhet	Dokumentnummer
• Folktandvården Region Blekinge	SSM2021-5826-75
• Folktandvården Region Dalarna	SSM2021-5826-67
• Folktandvården Region Gotland	SSM2021-5826-57
• Folktandvården Region Halland	SSM2021-5826-65
• Folktandvården Region Jämtland Härjedalen	SSM2021-5826-63
• Folktandvården Region Jönköpings län	SSM2021-5826-62
• Folktandvården Region Kalmar län	SSM2021-5826-55
• Folktandvården Region Kronoberg	SSM2021-5826-68
• Folktandvården Region Norrbotten	SSM2021-5826-59
• Folktandvården Region Uppsala	SSM2021-5826-49
• Folktandvården Region Värmland	SSM2021-5826-53
• Folktandvården Region Västerbotten	SSM2021-5826-35
• Folktandvården Region Västernorrland	SSM2021-5826-61
• Folktandvården Region Örebro län	SSM2021-5826-74
• Folktandvården Region Östergötland	SSM2021-5826-73
• Folktandvården Västra Götalandsregionen	SSM2021-5826-45
• Folktandvården Skåne AB	SSM2021-5826-39
• Folktandvården Stockholms län AB	SSM2021-5826-41
• Folktandvården Gävleborg AB	SSM2021-5826-58
• Folktandvården Västmanland AB	SSM2021-5826-51
• Folktandvården Sörmland AB	SSM2021-5826-69
• Colosseum Smile Sverige AB	SSM2021-5826-47
• Distriktstandvården Sverige AB	SSM2021-5826-71
• Praktikertjänst AB	SSM2021-5826-43

Strålsäkerhetsmyndigheten har ett samlat ansvar för att samhället är strålsäkert. Vi arbetar för att uppnå strålsäkerhet inom en rad områden: kärnkraft, sjukvård samt kommersiella produkter och tjänster. Dessutom arbetar vi med skydd mot naturlig strålning och för att höja strålsäkerheten internationellt.

Myndigheten verkar pådrivande och förebyggande för att skydda människor och miljö från oönskade effekter av strålning, nu och i framtiden. Vi ger ut föreskrifter och kontrollerar genom tillsyn att de efterlevs, vi stödjer forskning, utbildar, informerar och ger råd. Verksamheter med strålning kräver i många fall tillstånd från myndigheten. Vi har krisberedskap dygnet runt för att kunna begränsa effekterna av olyckor med strålning och av avsiktlig spridning av radioaktiva ämnen.

Vi deltar i internationella samarbeten för att öka strålsäkerheten och finansierar projekt som syftar till att höja strålsäkerheten i vissa östeuropeiska länder.

Strålsäkerhetsmyndigheten sorterar under Miljödepartementet. Hos oss arbetar drygt 300 personer med kompetens inom teknik, naturvetenskap, beteendevetenskap, juridik, ekonomi och kommunikation. Myndigheten är certifierad inom kvalitet, miljö och arbetsmiljö.

Publikationer utgivna av Strålsäkerhetsmyndigheten kan laddas ned via stralsakerhetsmyndigheten.se eller beställas genom att skicka e-post till registrator@ssm.se om du vill ha broschyren i alternativt format, som punktskrift eller daisy.

Strålsäkerhetsmyndigheten
171 16 Stockholm
08-799 40 00
www.stralsakerhetsmyndigheten.se
registrator@ssm.se

©Strålsäkerhetsmyndigheten